

Persona 4	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija una opción de cuidados de salud.	
Persona 5	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija una opción de cuidados de salud.	
Persona 6	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija una opción de cuidados de salud.	

Si un miembro de Medicaid no está anotado en este Formulario de inscripción:

- Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) o,
- escriba el nombre y número de identificación del miembro en este formulario. Luego elija el proveedor personal (PCP) y la opción de cuidados de salud.

Firme y escriba la fecha

▶ El jefe de la familia o tutor firma aquí	Fecha
▶ Representante autorizado Si usted es un representante autorizado para este hogar, llene esta sección y firme abajo.	
Nombre del representante autorizado	Nº de teléfono ()
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ El representante autorizado firma aquí	Fecha